POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABINSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, PROF. KOSTANECKIEGO, DRA LIEBERMANNA, PROF. K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, PROF. DEYLA W PRADZE.

Listopad. → ROCZNIK DZIESIĄTY. ← 1908.

I. PRACE ORYGINALNE.

Bezład wzrokowy *(ataxia optica)*.

Podał

KAZIMIERZ NOISZEWSKI,

Docent Akademii lekarskiej w Petersburgu

Pohulanka.

(Ciąg dalszy).

Zdolność ustalania linii spojrzeniowej na przedmiocie jest bardzo ważną w życiu; na tej własności linii spojrzeniowej oparte są astronomia, ballistyka, miernictwo, a i człowiek pierwotny tylko dzięki tej własności linii spojrzeniowej mógł trafiać kamieniem lub strzałą w swą zdobycz. Oczywiście jednak, że oprócz ustalenia linii spojrzeniowej potrzebną jest jeszcze składnia (*syntaxia*) ruchów ręki i całej postaci z ruchami linii spojrzeniowej. Porównywając ruchy piszącej ręki z poruszeniami linii spojrzeniowej oka, przychodzimy do wniosku, że ruchy piszącej ręki są naśladowaniem poruszeń oka. Oprowadzamy przedmiot spostrzegany poruszeniami linii spojrzeniowej tak samo jak to czynimy ołówkiem lub piórem. Ruchy ręki określającej obraz przedmiotu mogą zastępować ruchy linii

spojrzeniowej oka, gdy uszkodzony został związek między poruszeniami tej linii i obrazem na siatkówce. Tak np. przy aleksyi oprowadzanie liter palcem wystarcza do ich odczytania.

Moglibyśmy też owo oprowadzanie liter wykonywać poruszeniami nogi lub języka, gdyż »nie tylko ręką, ale językiem, głową i nogą porusza dziecię uczące się pisać« zauważył słusznie Lewes, ale niesłusznie tłumaczył tylko nadmiarem odruchów u dziecka; dziecko bowiem uczące się pisać zaprawia nietylko rękę, ale cały swój układ mięśniowy w ład porządku wzrokowego. Nikt z nas przecie nie uczył się pisać nogą lub językiem, a jednak, kto pisać umie, może taksamo napisać literę nogą lub językiem*) jak i ręką.

Dokładność ustalania linii spojrzeniowej na przedmiocie oraz dokładność składni ruchów ręki i całej postaci z ruchem linii spojrzeniowej była przedmiotem bardzo ścisłych dochodzeń w artyleryi o wiele wcześniej niż w medycynie.

W zeszycie listopadowym z r. 1901 [1]) podałem opis przyrządu używanego w artyleryi do oznaczania stopnia dokładności w ustalaniu lini spojrzeniowej oka. Jest to tak zwany przyrząd kontrolujący celność strzelającego.

Przyrząd ten składa się ze słupka z otworem spojrzeniowym u góry, przesuwanym w kierunku poziomym i pionowym przy pomocy dwóch mikrometrycznych zakrętek. W każdym z tych kierunków badany nastawia otwór spojrzeniowy dwa razy, a różnica pomiędzy pierwszem, a drugiem nastawieniem oznacza wielkość poziomą i wielkość pionową niedoprzedmiotowania linii spojrzeniowej oka badanego.

Obwód każdej zakrętki podzielony jest na 1000 części, a całkowity obrót zakrętki posuwa otwór spojrzeniowy o $\frac{1}{4}$ mm, a więc ścisłość z jaką oznaczane być może niedoprzedmiotowanie równą jest $\frac{1}{4000}$ mm.

Na linii spojrzeniowej ustalonej w przyrządzie oznaczającym wielkość jej niedoprzedmiotowania ważne są 4 punkty:

1) Punkt przedmiotowy.

2) Punkt znaczka przedmiotowego (muszka).

---

*) Tak samo?! *Red.*

3) Punkt otworu spojrzeniowego.

4) Punkt naośny w siatkówce oka.

Z tych 4-ch punktów trzy pierwsze mogą być unieruchomione, a od mniejszego lub większego unieruchomienia punktu czwartego, naośnego punktu w siatkówce zależy stopień niedoprzedmiotowania badanego oka.

Linia spojrzeniowa każdego oka wykonywa stale mniejszy lub większy ruch wahadłowy jednocześnie z prawa na lewo i z góry na dół; zadaniem przyrządu kontrolującego celność jest rozłożenie tego ruchu na pionowy i poziomy i obliczenie odbiegu linii spojrzeniowej w każdym z tych kierunków*).

Odmiennych przyrządów używa się w tym samym celu dla ręcznej broni palnej, zachodzi bowiem nie mała różnica między nastawianiem na cel działa, a ustawianiem strzelby trzymanej w rękach.

W tym ostatnim wypadku w doprzedmiotowaniu bierze udział nie samo tylko oko, ale jeszcze ręce, nogi, całe ciało.

Ze wszystkich widzianych przeze mnie przyrządów używanych w piechocie najodpowiedniejszym wydaje mi się przyrząd z celem ruchomym w postaci krążka, posuwanego po nieruchomej białej tarczy przy pomocy dwóch nici przeciągniętych aż do celującego, który patrząc przez otwór spojrzeniowy na spojrzeniowy znaczek, pociąga to lewą, to prawą nić aż ów krążek, a raczej punkt jego środkowy znajdzie się na jednej linii z otworem spojrzeniowym i spojrzeniowym znaczkiem. Wtedy osoba stojąca przy tarczy naciska na krążek, a wystające nieco z tyłu krążka ostrze gwoździa znajdującego się w samym środku krążka pozostawia w tym miejscu na tarczy znak od ukłucia. Następnie osoba stojąca przy tarczy

---

*) Zarząd artyleryi udzielił mi uprzejmie oznaczeń celności u 721 żołnierzy badanych przyrządem kontrolującym celność. Jest godnem uwagi, że u wszystkich bez wyjątku odchylenie linii spojrzeniowej w kierunku poziomym było 2, 3 i więeej razy większe niż w kierunku pionowym. Tak np. u P. F. w kierunku pionowym odchylenie było 1·5, a w kierunku poziomym 20·5 t. j. 13 razy większe było odchylenie w kierunku poziomym niż w pionowym.

odciąga krążek, a celujacy nastawia go ponownie na jedną linię z otworem spojrzeniowym i spojrzeniowym znaczkiem. Nastawianie krążka powtarza się trzy razy, a następnie punkty ukłuć połączone liniami dają trójkąt, którego mniejsze lub większe pole jest miarą celności strzelającego.

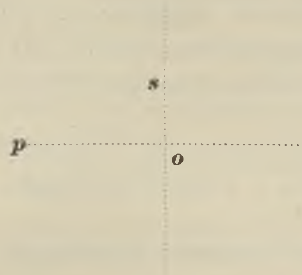
Oczywiście bowiem im celnielszy jest strzelec, a więc im mniej odbiega jego linia spojrzeniowa od punktu przedmiotowego, tym mniejszy będzie trójkąt; i odwrotnie, im bardziej odbiega linia spojrzeniowa celującego od punktu przedmiotowego tym większy będzie trójkąt jego celności.

U sześciu strzelców, zbadanych przeze mnie tym sposobem wielkość trójkątów wahała się pomiędzy 4·5 mm □, a 12 mm □, u osób nie mających żadnej wprawy w strzelaniu wielkość trójkątów była nie mniejszą niż 50 mm □, a u niektórych wielkość trójkąta zajmowała przestrzeń 500 mm □ i więcej.

Zwracam uwagę, że wszystkie w ten sposób zbadane przeze mnie osoby miały sprawność wzroku dla liter nie mniejszą niż V = 2 mm czyli $\frac{6}{12}$ Snellen.

W badaniu doprzedmiotowania przy pomocy krążka wprowadziłem następujące zmiany:

Przedewszystkiem tarczę po której celujący posuwa krążek poliniowałem na kwadratowe milimetry. Celujący nastawia środkowy punkt krążka na jedną linię z otworem spojrzeniowym i spojrzeniowym znaczkiem dwa razy, a osoba stojąca przy tarczy każdym razem naciska na krążek. Niedoprzedmiotowanie celującego wyraża się liczbą milimetrów, oddzielających pierwszy punkt nastawienia na tarczy od drugiego punktu nastawienia linii spojrzeniowej. Tym sposobem można ściśle oznaczyć nie tylko ile, ale i w którą stronę odchyla celujący swoją linię spojrzeniową od przedmiotu: w górę, dół, stronowo lub średniowo; należy tylko poprowadzić linię poziomą przez pierwszy punkt i linię poziomą przez drugi punkt utkwienia linii spojrzeniowej i od tego punktu, w którym obie te linie przetną się, liczyć wielkość i jakość niedoprzedmiotowania.



p — punkt pierwszego nastawienia.
s — punkt drugiego nastawienia.
op — wielkość pozioma niedoprzedmiotowania.
os — wielkość pionowa niedoprzedmiotowania.

Badanie celności prawie zupełnie pomijano w oftalmologii, dopiero w ostatnich latach A. Moll[2]), Schmidt-Rimpler[3]), Noiszewski[4]), Sulzer[5]), zwrócili uwagę na fizyologiczne warunki celności strzałów.

A. Moll donosi, że osoby pozbawione zdolności ogniskowania po usunięciu zaćmy są nieraz bardzo dobrymi strzelcami; toż samo według niego da się powiedzieć o innych osobnikach ze znacznem upośledzeniem wzroku, a pomimo to zadziwiająco celnie strzelających.

Według Schmidt-Rimplera przy strzelaniu do celu ważniejszą jest rzeczą dokładne widzenie otworu spojrzeniowego i spojrzeniowego znaczka, niż dokładne widzenie celu.

Sulzer występuje przeciwko zdaniu Helmholz'a, że celowanie jest sprowadzaniem na jedną linię wyraźnego obrazu otworu spojrzeniowego z niewyraźnymi obrazami spojrzeniowego znaczka i celu.

Według Sulzera celujący jednocześnie widzi otwór spojrzeniowy, znaczek spojrzeniowy i cel; ponieważ zmiana w nastawianiu oka na otwór spojrzeniowy, na znaczek spojrzeniowy i na cel zajmuje mniej czasu od czasu trwania wrażenia w siatkówce. Znaczy to, że gdy strzelec już nastawił naośną część siatkówki na cel, wrażenie od znaczka spojrzeniowego w siatkówce trwa jeszcze.

Sulzer utrzymuje, że wrażenie w siatkówce trwa tym krótszy czas im mniejszą część siatkówki zajmuje i tem tłumaczy trudność trafiania w przedmioty odległe.

Zdaje się jednak, że największe znaczenie dla celności strzałów ma moc unieruchomienia zarówno strzelby jak i oka i że główną przyczyną niedoprzedmiotowania jest bezład wzrokowy *(ataxia optica)*.

Mają też zupełną słuszność artylerzyści oznaczając celność różnicą pomiędzy pierwszem, a drugiem ustawieniem linii spojrzeniowej oka.

Tysiące i dziesiątki tysięcy oznaczeń dokonanych przy pomocy przyrządu kontrolującego używanego w artyleryi dowodzą, że wielkość niedoprzedmiotowania dla każdego oka jest wielkością stałą.

Ale i bez używania specyalnych w tym celu przyrządów można wykazać nięd oprzedmiotowanie, przy pomocy tablicy podanej przeze mnie [6]).

Chociaż już Striedinger a z nim Burchard, Goldberg i inni wprowadzili badanie sprawności wzrokowej punktami, to jednak aż do r. 1893 nie wątpiono o równej przedmiotowej wartości badania sprawności wzrokowej literami i punktami. W r. 1893 doniosłem o różnicy w sprawności wzrokowej przy badaniu literami i kwadratami u tych samych osobników, a w r. 1897 w sekcyi ocznej XII zjazdu międzynarodowego lekarzy w Moskwie podniosłem znowu pytanie o różnicy w sprawności wzrokowej badanej literami i kwadratami, tłumacząc trudność liczenia kwadratów bezładem wzrokowym.

Od roku 1895 przy badaniu wzroku oznaczałem osobno siłę wzroku dla liter i osobno siłę wzroku dla liczenia kwadratów.

Literatura.

1. Noiszewski. Post. okul. 1901 zesz. list.
2. A. Mall. Cntrbl. f. Augenhlk. 1897 str. 95.
3. Schmidt-Rimpler. Sehstörungen beim Schiesser. Cntrbl. f. Augh. 1897 str. 129—131.
4. Noiszewski. Post. okul. 1901 zesz. list.

5. Sulzer. Sur le mécanisme oculaire de la visée. Rev. gen. d. sciènces p. et appliqu., 1902.
6. Noiszewski. Metoda badania dyferencyalnego i integralnego widzenia z tablicą Gaz. lek. 1894 nr 19, str. 503. Centrbl. f. Augenhlk. 1996 str. 463. Die Untersuchungsmetode des differentialen und integralen Sehen.
— Badanie widzenia różniczkowego i całkowego z tablicą. Post. ok. 1901 zesz. wrześ.
— Tablica dla badania sprawności wzroku przy pomocy liter i kwadratów. Po ross. Petersburg, wyd. Rickera, r. 1903.

(Dokończenie nastąpi).

Z c. k. kliniki okulistycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego Radcy Dworu Prof. B. Wicherkiewicza.

O zmętnieniu Berlina z zachowaniem pełnej bystrości wzrokowej.

Podał

Dr EDMUND ROSENHAUCH

(asystent kliniki).

Zmiany, jakie wywołuje w gałce ocznej uraz zadany tępą siłą, są bardzo różnorodne.

Jedną z rzadszych zmian takich jest zmiana polegajaca na wstrząśnieniu siatkówki *(commotio retinae)* zmiana, która przy wziernikowaniu przedstawia się jako mleczne zmętnienie. Zmianę tę pierwszy opisał Berlin, stąd też jej nazwa: zmętnienie Berlina.

Haabowi należy się zasługa zwrócenia uwagi na częstość schorzeń plamki żółtej po urazach.

Jako przyczynę tych schorzeń zazwyczaj ważnych ze względu na skutki, przyjmuje Haab wzmożoną wrażliwość *(Vulnerabilität)*, pozostającą w związku z silniejszą funkcyą plamki żółtej [1]). Podobnych przykładów mamy wiele w pato-

logii ogólnej ciała ludzkiego. Wiadomo, że narządy odznaczające się wybitniejszą funkcyą łatwiej ulegają chorobom. Zauważono, że stale przy wstrząśnieniu siatkówki występuje zmiana w plamce żółtej, bez względu na to, czy zmętnienie Berlina znajduje się mniej, lub więcej obwodowo, bardziej ku górze, lub ku dołowi. Zmiana ta w plamce żółtej sprowadza przeszkodę w osiowem widzeniu.

»Właśnie ten rodzaj schorzenia plamki żółtej, pisze Haab, może wytłómaczyć powstawanie i innych schorzeń plamki żółtej. Jeśli uraz trafia gałkę w okolicy równika, to najsilniej bywa nadwyrężoną siatkówka w miejscu urazu, mniej silnie po stronie przeciwnej *(contre-coup.)*. Inne części siatkówki ulegają mniej więcej jednakowemu wstrząśnieniu, jednakże zawsze ulega zmianom i sama plamka żółta, a więc jest ona najoczywiściej bardzo wrażliwą«.

Zmiany w plamce żółtej występują rzeczywiście stale przy każdem zmętnieniu Berlina, jednakże nie zawsze występują zaburzenia czynnościowe.

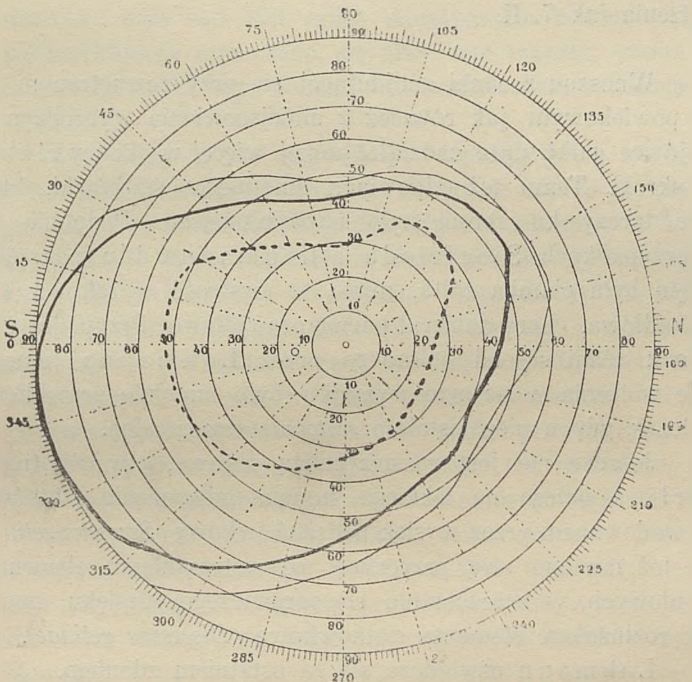
Siegfried[2]) opisał przypadek zmętnienia Berlina z kliniki Haaba, w którym bystrość wzrokowa była zupełnie prawidłowa. Drugi przypadek taki ogłosił Lohmann z kliniki Eversbuscha[3]). Podobny również przypadek spostrzegano w klinice krakowskiej R. Dw. Prof. Wicherkiewicza, na którego polecenie poniżej go opisuję:

R. B., 11 lat, zgłosił się 7. II. 1908. do kliniki okulistycznej, podając, że wczoraj uderzył go jego towarzysz kamieniem w oko lewe.

Udał się na stacyę pogotowia ratunkowego, gdzie mu oko opłukano, założono opaskę i polecono zgłosić się do ambulatoryum klinicznego.

Status praesens: l. o. Powieki lekko spuchnięte, dolna powieka zasiniała, poniżej brzegu skroniowego linijna rana, powierzchowna, 3 cm długa, równoległa do brzegu oczodołowego. Spojówka gałki trochę przekrwiona, wykazuje kilka drobnych wybroczynek, zresztą oko blade. Nastrzyknięcia rzęskowego niema. Rogówka gładka, czysta, lśniąca. Przednia ko-

mora miernie głęboka. Źrenica okrągła, regularna, na światło dobrze oddziałuje. Badanie wziernikowe wykazuje przy tarczy, od skroni, trójkątną plamę mleczną, słabo odbijającą, podobne zmleczenie widoczne także w plamce żółtej, w której w samym środku znajduje się ciemny punkt, odpowiadający *„fovea centralis“*.



——— barwa biała. ·········· barwa czerwona.

Fig. 1.

Bystrość wzrokowa:

$\sqrt{\ }$ pr. o. $^6/_6$ ± np. Sn. 0·5 : 10—50.
l. o. $^6/_6$ ± np. Sn. 0·5 : 10—40.

Barwy dobierał dobrze (H o l m g r e n).

Pole widzenia prawie zupełnie prawidłowe, *scotoma* nie udało się stwierdzić. (fig. 1).

Leczenie: opłukanie, maść kseroformowa, opaska uciskowa półmokra.

8. II. Zmleczenie koło tarczy prawie zupełnie ustąpiło. W plamce żółtej ślad zmleczenia.

9. II. Z wyjątkiem ledwie dostrzegalnego zmleczenia przy samej plamce żółtej, dno prawidłowe. Bystrość wzrokowa i pole widzenia jak 7. II.

Wnosząc z ranki znajdującej się przy zewnętrznym kącie powiekowym, jak również z umiejscowienia wybroczyn na spojówce gałki, uraz zadziałał mniej więcej w okolicy równika od skroni. Temu też odpowiada zmętnienie siatkówki, które koło tarczy ku skroni było najwybitniejsze. Podobnie jak w przypadkach Siegfrieda i Lohmanna i u nas także zajętą była plamka żółta, mimo to bystrość wzrokowa była prawidłowa, chory dobierał barwy prawidłowo. Przypadek nasz jednak różni się od opisanego przez Lohmanna tem, że pole widzenia w naszym wypadku było zupełnie prawidłowe, podczas, gdy u niego istniało *scotoma* pericentralne.

Jeszcze nie jest rozstrzygniętą sprawa, czy zmętnienie Berlina polega na lekkiego stopnia odczepieniu siatkówki, spowodowanem przez wysięk podsiatkówkowy *(Secessus retinae)*, czy też ma ono swą przyczynę we wstrząśnieniu elementów składowych, w przedostaniu się surowiczego wysięku, pomiędzy rozluźnione elementa siatkówkowe *(Discessus retinae)*.

Lohmann oświadcza się za ostatniem zdaniem.

Zdaniem naszem rozstrzygnięcie tej sprawy mogłoby przynieść tylko dokładne drobnowidowe zbadanie siatkówki dotkniętej wstrząśnieniem. Takiej siatkówki jednak dotąd nie badano, ponieważ zmiany te z reguły są stosunkowo łagodne, a po krótszym, lub dłuższym czasie siatkówka »wraca do stanu prawidłowego«. Wszelkie wnioski co do natury wstrząśnienia, czy mamy tu do czynienia z wysiękiem podsiatkówkowym, czy też śródsiatkówkowym wysnuwano li tylko na podstawie obrazu wziernikowego, badania pola widzenia, bystrości wzrokowej i wrażliwości na barwy.

Wydaje nam się właściwszem, ażeby przy wstrząśnieniu siatkówki przyjąć wysięk zarówno wśród- jak i podsiatkówkowy. W poszczególnych przypadkach to pierwszy, to drugi może przeważać, ale trudno przypuścić, ażeby w zmianie tej występującej po urazie, wylew wysięku następował tylko między elementa siatkówkowe, albo też tylko pod siatkówkę. Jednakże i nasz sąd jest tylko teoretycznem rozumowaniem, i niechcielibyśmy stanowczo się przy nim opierać, zanim nie uda się słuszności tego zapatrywania stwierdzić badaniem histologicznem.

Zazwyczaj mówi się, że po wstrząśnieniu, siatkówka »wraca do stanu prawidłowego«, następuje to, co technicznie nazywamy: *restitutio ad integrum*. Znowu wnosimy to z tego, że po pewnym czasie obniżenie bystrości wzrokowej, lub zmniejszenie pola widzenia i ewentualne *scotomata* (o ile wogóle zmiany te miały miejsce) ustępują. A chociaż i wziernikiem zazwyczaj w wypadkach tych nie możemy żadnych zmian po wyleczeniu wykazać, to mimo to, może niesłusznie mówimy o zupełnym powrocie siatkówki do stanu prawidłowego. Bo czy nie należałoby przypuścić, że wysięk ten powoduje, chociażby bardzo nieznaczne zmiany w niektórych częściach składowych siatkówki — zmiany, których makroskopowo dostrzedz nie można, które zaburzeń funkcyonalnych dających się wykazać zapomocą istniejących przyrządów nie wywołują, ale które może udałoby się stwierdzić zapomocą badania drobnowidowego.

JWielmożnemu Panu Radcy Dworu Prof. B. Wicherkiewiczowi składam na tem miejscu serdeczne podziękowanie za wskazówki i za odstąpienie mi niniejszego przypadku do ogłoszenia.

Literatura.

1. Verhandlungen des internat. Ophthalm. Kongr. Heidelberg 1888.
2. Beiträge zur Augenheilkunde t. XXII.
3. Klin. Monatsbl. f. Augenh. XLIV listopad-grudzień 1906.

Z c. k. kliniki okulistycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego Radcy Dworu Prof. Dr B. Wicherkiewicza.

Dwa przypadki nieprawidłowości rozwojowych górnych dróg łzowych.

Podał

Dr TADEUSZ KLECZKOWSKI,

elew kliniki okulistycznej.

Obrazy kliniczne wywołane zaburzeniami rozwojowemi dróg łzowych nie należą do częstych.

Na międzynarodowym kongresie lekarskim w Rzymie w r. 1894[1]) i w swej pracy »O niektórych nieprawidłowościach przyrodzonych górnych dróg łzowych» z r. 1904 wspomina Prof. Wicherkiewicz[2]) że »podczas gdy zboczenia dolnych części przewodów łzowych, o ile one choremu sprawiają mniej lub więcej niedogodności i stają się powodem szukania pomocy lekarskiej, bywają badane i rozpoznawane, to nieprawidłowości górnych dróg łzowych uchodzą nierzadko baczności lekarza z powodu ich delikatnej budowy, mimo, że są więcej dla oka badacza przystępne. Skutek tego jest ten, że przypadków tego rodzaju jest dotychczas mało ogłoszonych«.

Na 120,000 chorych, którzy przesunęli się przez klinikę krakowską, zaledwie dwa razy można było zauważyć nieprawidłowości rozwojowe dotyczące górnych dróg łzowych oka.

Pierwszy przypadek był następujący:

Do kliniki zgłosił się d. 1. XII. 1899 r. chłopak 15-letni A. T. z tem nadmienieniem, że podczas rąbania węgli został uderzony odłamkiem w oko prawe. Od tego czasu oko to boli i jest zaczerwienione. Przedtem żadnych chorób ocznych nie przechodził.

Rozpoznano u niego wrzód rogówki z hypopyonem.

Prof. Wicherkiewicz oglądając chorego osobiście zauważył co następuje:

Na powiece dolnej oka prawego w odległości 1 mm

w kierunku ku nosowi, od prawidłowego punktu łzowego, biegła rynienka wzdłuż prawidłowego kanalika łzowego na przestrzeni 4 mm. Rynienka ta, była od prawidłowego kanalika łzowego oddzieloną cieniutką ścianką, która się napinała przy wprowadzeniu sondy do kanalika łzowego. Sondę Bowmanna nr 2, można było wprowadzić tak przez kanalik łzowy, jak też i przez wyżej opisaną rynienkę. Woda przestrzykiwana przechodziła do nosa, wszystko jedno, czy ją było przestrzykiwać przez kanalik łzowy, czy przez ową rynienkę. Z tego zachowania się wody przestrzykiwanej widać, że rynienka ta przebiegnąwszy przestrzeń 4 mm staje się kanalikiem łzowym, który, jednakowo jak kanalik łzowy prawidłowy, ma swoje odrębne ujście we woreczku łzowym. Drogi łzowe powieki górnej i oka lewego zachowywały się prawidłowo.

Drugi przypadek dotyczył kobiety Ł. A. 40 lat liczącej, która zgłosiła się do kliniki d. 17. III. 1902 r. z powodu, że od 2-ch miesięcy oczy jej czerwienieją i łzawią.

Jak z późniejszego opisu oka lewego okaże się, chora z całą stanowczością wypowiedziała twierdzenie, że przedtem nigdy na oczy nie chorowała.

Badanie oka lewego wykazało obecność dodatkowego punktu łzowego u powieki dolnej, leżącego w odległości 1·5 mm od punktu prawidłowego ku nosowi na przebiegu prawidłowego kanalika łzowego. Sonda Bowmanna nr 3 przechodziła tak przez prawidłowy, jakoteż i dodatkowy punkcik łzowy. Woda wstrzykiwana przechodziła do nosa. Oprócz jednak tej zmiany zauważono przy przestrzykiwaniu, że w okolicy woreczka łzowego ukazywały się maleńkie krople sączącej wody. Woda ta sączyła się przez bardzo delikatną włosowatą przetoczkę woreczka łzowego. Ujście zewnętrzne tej przetoczki otoczone było bardzo delikatną blizenką. Oko prawe zmian pod tym względem nie okazywało.

To też w pierwszym przypadku z całą pewnością, w drugim zaś z pewnem zastrzeżeniem, ma się do czynienia z wadą rozwojową. Więcej światła na sposób powstania tego rodzaju wad rozwojowych rzucić może jedynie tylko nauka o rozwoju

całego narządu łzowego oka, a kanalików łzowych w szczególności. Pomijając pierwsze zapatrywania v. Beer'a i Erdla z r. 1837, że przewód nosowo-łzowy powstaje przez wpuklenie nabłonka jamy gardzielowej i, że się to dzieje w ósmym tygodniu życia płodowego, Erdl[3]) i Coste byli pierwszymi, którzy zauważyli, że w połowie drugiego miesiąca życia płodowego spostrzegać się daje u płodów ludzkich, bruzda leżąca między wyrostkiem nosowym (*processus nasalis*), a wyrostkiem szczęki górnej (*proc. maxillae superioris*) i ciągnąca się od kącika wewnętrznego oka aż do nosa. Przez zamknięcie się tej bruzdy, według Kölliker'a[4]); powstaje późniejszy przewód noso-łzowy. Kanaliki zaś łzowe uważa Kölliker za rodzaj wyrostków odchodzących od górnej części tego głównego przewodu. Ewetzky[5]) badając rozwój u płodów ludzkich doszedł do przekonania, że rozwój u ludzi jest zupełnie podobny do rozwoju dróg łzowych u świń (Legal) i ptaków (Born), a mianowicie komórki wyścielające dno bruzdy bujając wrastają w poniżej leżącą mezodermę i tworzą jakoby pas nabłonkowy jednolity ciągnący się wzdłuż całego przebiegu tej pierwotnej bruzdy. Pas ten stoi początkowo w łączności zapomocą nabłonkowej szypuły, później zanikającej, z powierzchownym nabłonkiem, czyli t. zw. epiblastem (Cosmettatos)[6]).

Z pasa tego jednolitego przez wytworzenie się w nim światła powstaje późniejszy przewód noso-łzowy i górny kanalik łzowy. Dolny kanalik łzowy zaś ma powstawać przez wtórne dopiero bujanie dolnej części górnego końca przewodu noso-łzowego. Najnowsze badania Cosmettatosa na świniach i królikach, Matys'a[7]) na *spermophilus citilus*, Monesi'ego[8a] i [b]) i Stanculeanu'a[9]) na płodach ludzkich potwierdzają wyniki badań Ewetzky'ego z tą tylko różnicą, że nie dolny, lecz górny kanalik łzowy powstaje przez to wyżej opisane wtórne bujanie.

Na podstawie tych badań można przypuszczać, że w pierwszym przypadku przyszło do wtórnego bujania nietylko ku górze, ażeby wytworzyć następowo kanalik łzowy górny, ale też i ku dołowi, czego następstwem było wytworzenie się nad-

liczbowego kanalika łzowego dolnego. Bujanie to jednak nie wytworzyło kanalika ze wszystkich stron zamkniętego ścianami, bo jak z opisu widać na przestrzeni 4 mm. Kanalik ten jest rynienką, dopiero później w całkowity przewód przechodzącą. Podobne niezamknięcie się kanalika łzowego, ale nie nadliczbowego opisali Cosmettatos (l. c.), Schirmer[10]), Wicherkiewicz (l. c.) i in. Obraz podwójnych punktów i kanalików łzowych był już opisywany między innemi przez Cosmettatosa (l. c.), Magnus'a[11]), Schirmera (l. c.), Schoute'a[12]) i Wicherkiewicza (l. c.). Schoute pisząc o tej wadzie rozwojowej wspomina, że do r. 1901 jednak tylko 22 przypadki tego rodzaju były ogłoszone. Do r. 1906 według Cosmettatos'a liczba ta wzrosła do 40. Kanaliki i punkty łzowe nadliczbowe najczęstszymi są na powiece dolnej, rzadziej występują na powiece górnej, a kanalik łzowy w okolicy załamka półksiężycowatego, jak to miało miejsce w przypadku Schoute'a należy do wielkich rzadkości. Kanaliki nadliczbowe przedstawiają zazwyczaj albo samoistny przewód, posiadający swoje odrębne ujście we woreczku łzowym, albo stoją w łączności z normalnym kanalikiem łzowym; w takim przypadku łączą się oba kanaliki w jeden przewód wspólny przed swojem wniknięciem do woreczka łzowego. Drobnowidowa budowa kanalików nadliczbowych, jak to z badań Cosmettatos'a (l. c.) widać, niczem się nie różni od budowy prawidłowych kanalików łzowych.

Na drugi przypadek można się w dwojaki sposób zapatrywać. Albo te zmiany należy uważać za następstwo stanu zapalnego, albo jest to wynik zaburzenia rozwojowego. Jeżeli się przypuści to pierwsze zapatrywanie, to opisany powyżej nadliczbowy punkt łzowy należałoby uważać za przetokę kanalika łzowego, a przetoczkę włosowatą w okolicy woreczka łzowego za następstwo zapalenia woreczka łzowego. Możliwość powstawania pozapalnych przetok kanalików łzowych widoczna jest z przypadku opisanego przez Talkę[13]). W przypadku tym spostrzegał Talko obecność dwóch nadliczbowych punktów łzowych, które były następstwem przebytego zapale-

nia. W naszym przypadku obecność aczkolwiek bardzo delikatnej blizenki, okalającej zewnętrzne ujście przetoczki woreczka łzowego przemawiałaby może również za przebytem zapaleniem. Chora jednakowoż znowu z całą stanowczością zaprzecza, jakoby kiedykolwiek na oczy chorowała. Jeżeliby się więc z pewnem prawdopodobieństwem przyjęło to, co chora podaje, to należałoby te zmiany uważać za wadę rozwojową. Przetoczkę więc kanalika łzowego należałoby uważać za nadliczbowy punkcik łzowy, a przetoczkę woreczka łzowego za przetoczką wrodzoną *(fistula congenita)*. Idąc za zapatrywaniem Hippla[14]), który sądzi, że przetoki wrodzone woreczka łzowego, są następstwem śródłonowo przebytego zapalenia woreczka łzowego możnaby blizenkę okalającą ujście przetoczki uważać za wynik tego rodzaju zapalenia*).

Większość jednak autorów. jak Manz, Elschnig[15]), Matys i Monesi uważają przetoki tego rodzaju woreczka łzowego za objaw wady rozwojowej. Tłomaczą sobie jednak sposób powstania tej wady autorowie różnie i tak Manz uważa przetoki takie za miejscowe niezamknięcie się przewodu nosowo-łzowego, Elschnig zaś Löhlein[16]) i Monesi na podstawie badań drobnowidowych dróg łzowych u płodów za obraz niezamkniętego nadliczbowego przewodu noso-łzowego.

JWielmożnemu Panu Radcy Dworu Prof. Drowi B. Wicherkiewiczowi za zachęcenie mię i odstąpienie tych przypadków do ogłoszenia składam na tem miejscu serdeczne podziękowanie.

---

*) Do tego zapatrywania skłaniam się na podstawie doświadczenia własnego, że zapalenia worka łzowego bywają przyrodzone.

Ale zdaniem mojem dopuszczalną byłaby możliwość pojawienia się rzekomej przetoczki przewodnika łzowego w ten sposób, iż operator, o czem chory nie wie, czy zapomniał, rozciął kanalik, a potem nastąpiło mostkowe jego zrośnięcie.

B. W.

Literatura.

1. Wicherkiewicz B.: Atti dell XII. congresso medico internationale. Roma 29. marzo 1894. Vol. VI. cyt. według Wicherkiewicza.
2. Wicherkiewicz B.: »O niektórych nieprawidłowościach i t. d.« Postęp okul. 1904. marzec-kwiecień.
3. Erdl: »Die Entwickelung d. Menschen u. d. Hühnchens im Ei« 1844. cyt. według Ewetzky'ego.
4. Kölliker: Entwickelungsgeseh. d. Menschen«. 1861. cyt. według Cosmettatos'a.
5. Ewetzky: Arch. f. Aghk. Bd. VIII. 1879.
6. Cosmettatos: Arch. f. Aghk. LV. 4. H. 1906.
7. Matys: Zeitschr. f. Aghk. XIV. s. 222. 1905.
8a Monesi: Klin. Monatsbl. f. Aghk. XLI. I. s. 32.
8b Monesi: Klin. Monatsbl, f. Aghk. XLII. I. s. 1.
9. Stanculeanu: Archives d'ophthalm. mars. 1900.
10. Schirmer: Klin. Monatsbl. f. Aghk. 1867.
11. Magnus: Klin. Monatsb. f. Aghk. XIII. s. 199.
12. Schoute: Archives d. ophtalm. Juin. 1901.
13. Talko: Klin. Monatsbl. f. Aghk. X. s. 23—25. 1872.
14. Hippel: Graefe-Saemisch Handbuch. d. ges. Aghk. I. 2.
15. Elschnig: Klin. Monatsbl. f. Aghk. s. 57. 1906.
16. Löhlein: Arch. f. Aghk. LXI. 2 i 3 H. 1908.

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Archiv für Augenheilkunde. T. LXI. Z. 1. (Referent Dr Bałłaban).

Choroby nerwu wzrokowego w ciąży. (Sehnervenerkrankung bei Schwangerschaft). Dr Weigelin.

Obok chorób ocznych w czasie ciąży, które powstają wskutek chorób innych organów, jak nerek, wątroby, gruczołu tarczykowego i t. p, istnieją jeszcze choroby, które są wprost zawisłe od ciąży. Schorzenia te poprawiają się, lub też znikają całkowicie po przebyciu ciąży, a powracają przy ponowieniu ciąży. I tak zdarzają się zaburzenia czynnościowe, jak hemeralopia, *scotoma*

scintillans, zwężenia w polu widzenia, także choroby spojówek i rogówki, i niektóre postaci zaćmy. Najważniejszą zmianą występującą podczas ciąży jest jednak schorzenie n. wzrokowego. W literaturze spotykamy się z opisem licznych przypadków zaniku nerwu wzrokowego, powstałych w ciąży, które to zmiany po ustaniu ciąży polepszyły się, w następnej ciąży spowodowały jednak zupełną ślepotę (Desmarres, Tissier, Lawson, Knapp, Cohn), pozagałkowe zapalenie n. wzrokowego — Uhthoff. Zestawienie tych schorzeń znajduje się także w Graefe-Saemisch (tom XI. 1. p. 185). Choroba ta powstaje pomiędzy IV.—IX. miesiącem, a polega ona na zmniejszeniu się bystrości wzroku, ograniczeniu pola widzenia, przyczem wziernikiem daje się wykazać zapalenie nerwu wzrokowego z przejściem w zanik. Po przebytym porodzie następuje polepszenie lub całkowite uzdrowienie. Autor opisuje historyę chorób 6-ciu przypadków, w których znachodzimy wszystkie stopnie zapalenia nerwu wzrokowego i to począwszy od najlżejszych zaburzeń w widzeniu, aż do całkowitej ślepoty. Najczęściej zmiany te zjawiają się pomiędzy IV. a VII. miesiącem ciąży. We wszystkich przypadkach daje się spostrzegać korzystny wpływ ukończenia ciąży na wyleczenie zmian w nerwie wzrokowym. Z tego powodu można stanowczo twierdzić o bezpośrednim związku pomiędzy ukończeniem nerwu a ciążą. Autor sądzi, że przyczyny, podobnie, jak przy eklampsyi należy szukać w toksynach, które krążą we krwi i przyczyniają się do zaburzeń w systemie nerwowym. Leczniczo zaleca autor wywołanie wczesnego porodu.

Krwistek obu pochewek nerwu wzrokowego w cukrzycy i przy pęknięciu podstawy czaszki. (Haematom beider Sehnervenscheiden bei Diabetes und bei Schädelbasisfractur. Dr Oischi.

Krwistek pochewek nerwowych powstały przez uraz zdarza się bardzo często. Tak znalazł Hölder tę zmianę 42 razy na 86 przypadków urazu. Przytem istniało bardzo częste złamanie kostnego kanału n. wzrokowego. Natomiast są rzadkie przypadki, krwotoku w pochewkach nerwowych, bez przerwania błony twardej, przyczem krew przeciska się przy krwotoku mózgowym lub krwotoku w komorze do pochewek. Również rzadkie są przypadki takich krwistków przy złamaniu podstawy czaszki, bez pęknięcia kanału n. wzrokowego. 4-ry przypadki opisał Wilbrand. Autor opisuje dwa takie przypadki, podaje przytem wyniki sekcyi i badanie drobnowidowe. Wspólnem znamieniem w tych przypadkach było silne wypełnienie krwią pochewek nerwowych aż do twar-

dówki. W jednym przypadku była tarcza zastoinowa bardzo wybitna, w drugim mniej znaczną. Powstaje ona mechanicznie, gdyż objawy zapalne były bardzo nieznaczne.

O tak zwanem ponawiającem się nadżarciu rogówki. (Über sogenannte recidivirende Erosio corneae). Dr Cuperus.

Wbrew przyjętemu dotychczas zapatrywaniu nawroty tej zmiany nie powstają nagle wskutek oderwania się nie prawidłowo rozwiniętego nabłonka nad uleczonem nadżarciem. W każdym poszczególnym przypadku można już z góry przewidzieć, które nadżarcia są skłonne do nawrotów. Nadżarcia te mają szaro-naciekłą podstawę, a chociaż zdają się one być pokryte nabłonkiem, to przy użyciu fluoresceiny można wykazać zielonawe nacieki. Autor oznacza te zmiany jako powierzchowny wrzód rogówki, pokryty nie całkowicie lub nieprawidłowo zregenerowanym przybłonkiem. Leczniczo zaleca autor opaskę i kontrolowanie przy pomocy fluoresceiny.

O „ślepocie błękitnej" powstałej przez żółte zabarwienie soczewki. (Über »Blaublindheit« durch Gelbfärbung der Linse. C. Hess.

Przez żółte zabarwienie soczewki powstaje czysto ilościowe zboczenie optycznych wartości drażnienia, przyczem promienie niebieskie i fiołkowe bywają bardzo silnie wchłaniane. (Przy zboczeniu jakościowem zmysłu na barwy przyczyna tkwi w błędzie istoty nerwowej), Dawne badania Hessa wykazały brak wpływu krótkofalistych świateł u ptaków przez wchłanianie czerwonych i żółtych kul oliwnych. Podobny objaw, powstały przez wchłanianie krótkofalistych promieni, powoduje u ludzi starych soczewka, przyczem żółknieje. Przeciwnym temu objawem jest błękitno-widzenie u ludzi, u których wskutek zaćmy wyjęto soczewkę, a dzieje się to wskutek sprzeczności jaka powstaje przez wyjęcie tego żółtego filtru.

69-letnia krótkowidząca kobieta posiadała brunatno-żółtawą, całkowicie przejrzystą soczewkę i skarżyła się na zaburzania barwne, jakie autor mógł u siebie samego spowodować przez dostosowanie żółto zabarwionych szkieł. Badania szkłami niebieskiemi wykazały przy patrzeniu się na błękit nieba wrażenie widzenia ognistego. Doświadczenia na barwnych papierkach wykazały również podobne skrócenie krótkofalistego spektrum jak u kur i gołębi. W przypadku tym rozchodzi się zatem nie o t. z. tritanopię lecz o nie spostrzeganą dotychczas ślepotę na barwę niebieską, powstałą przez żółte zabarwianie soczewki u człowieka.

Znaczenie środków znieczulających przy leczeniu zmętnień rogówki, powstałych przez żrące trutki. (Die Bedeutung der Anaesthetica für die Behandlung der durch Aetzgifte entstandenen Hornhauttrübung). Guillery.

Środki znieczulające posiadają uboczne działanie, powodujące uszkodzenie składników rogówki. Działanie to polega na porażeniu nerwów i to w różnym stopniu u różnych środków. To uszkodzenie nabłonka powoduje jednak, że rogówka wchłania i przepuszcza o wiele łatwiej różne substancye, aniżeli przy nabłonku prawidłowym. Antor przedsiębrał badania kokainą i innemi środkami. Przed badaniem doświadczano całość nabłonka rogówki u zwierząt, a następnie wkraplano co 5 minut kroplę środka znieczulającego. Po upływie 5 minut wkraplano przez 2—3 minuty rozczyn octanu ołowiowego lub azotanu srebra i to aż do wywołania zmętnienia. Oczy wyłuszczone utrwalono w formalinie i alkoholu, następnie zatapiano w celuidynie i krajano Do wykazania ołowiu używano siarkanu amoniaku, Na podstawie dokładnych badań, sądzi autor, że pod względem siły przepuszczalności pierwsze miejsce należy się holokainie, następnie następuje alypina, eukaina, kokaina, tropakokaina i nowokaina. Następstwo tych środków jest podobne jakie Reichmuth wykazał przy badaniu, pod względem ich szkodliwych wpływów na nabłonek. Często mógł autor skonstatować wielką zawartość ołowiu na granicy korneosklery. Naczynia nie mają wpływu na wchłanianie ołowiu.

Münchener med. Wochenschr. R. 1908. Nr 43 i 45. (Referent Dr E. Rosenhauch).

O niebezpiecznych skutkach odczynu ocznego Calmette'a. (Über gefährliche Folgen der Calmetteschen Ophthalmoreaktion). Schrumpf (Strasburg).

Autor opisuje dwa przypadki odczynu ocznego, w których wytworzyły się guzki podspojówkowe i zapalenie rogówki, w jednym przypadku ze znacznem zniszczeniem miąższu rogówkowego i zrostami tęczówkowymi. Bystrość wzroku oczu tych przed odczynem była dobrą, a po zabiegu obniżyła się do liczenia palców z odległości $^1/_2$—1 m. W obu przypadkach nie stwierdzono klinicznie gruźlicy. Były to starsze kobiety (81 i 65 lat); jedna cierpiała na suche zapalenie opłucnej, druga na przewlekłe zapalenie stawów zniekształtniające.

Wnioski, jakie autor wysnuwa ze swych spostrzeżeń brzmią: Odczyn oczny Calmette'a wykonany ze wszelkiemi ostrożnościami może doprowadzić do ciężkich trwałych zmian oka; należy go dlatego używać bardzo ostrożnie, a w każdym razie zwrócić uwagę chorego na ewentualne niebezpieczeństwa z zabiegiem tym związane.

O sposobach znieczulenia gałki i sąsiednich narządów. (Zur Methodik der Anästhesierung des Auges und seiner Adnexe). Mesmer.

Operacya zaćmy: Co pięć minut wkrapla 1 kroplę 5% rozczynu *cocaini muriatici.*

Irydektomia: co pięć minut naprzemian kokainę i holokainę (działa w głąb). Po pół godzinie wykonywa zabieg. Gdy gałka okazuje objawy zapalne stosuje obok kokainy, także suprareninę. Na 1 cm^3 kokainy daje 1 kroplę suprareniny (1: 1000).

Enukleacya: narkoza eterowa, lub do worka spojówkowego kokaina, pod spojówkę w okolicę wszystkich mięśni prostych wstrzyknięcie 2% tropakokainy.

Tenotomia: na spojówkę w miejsce, pod którem znajduje ścięgno mające być przecięte, kładzie wacik napojony kokainą i suprareniną, do wycierania podczas zabiegu używa takich samych wacików Tej samej metody wacikowej używa do usunięcia drobnych narośli spojówkowych lub rogówkowych.

Zabiegi na powiekach: wstrzyknięcie podskórne kokainy 2% z adrenaliną.

Wyłuszczenie woreczka łzowego: wstrzyknięcie powyższego płynu tuż pod skórę, potem w sam woreczek, wreszcie pod woreczek w okostną. Do wycierania ranki podczas zabiegu używa M. wacików napojonych kokainą i adrenaliną.

Znaczenie odczynu ocznego na podstawie 4000 klinicznych spostrzeżeń. (Die Bedeutung der Konjunktivalreaktion nach 4000 klinischen Beobachtungen). Wolff-Eisner.

Na podstawie tak obfitego materyału dochodzi autor do wniosku, że odczyn oczny (o ile tylko uważamy na przypadki przeciwskazane) jest nieszkodliwym rozpoznawczym zabiegiem. Dodatni wynik odczynu przemawia za czynną *(activa)* gruźlicą. Wynik ujemny w przypadkach klinicznie stwierdzonej gruźlicy daje złe rokowanie. Z postępem choroby ujemny wynik odczynu zdarza się coraz to częściej.

Z dodatniego wyniku odczynu ocznego nie można stawiać dobrej prognozy, ale tylko z t. zw. stałego odczynu skórnego *(kutane Dauerreaktion).* Można w tkankach dla życia organizmu obojęt-

nych wytworzyć »receptory«, które pociągają ku sobie tuberkulinę i umiejscawiają działanie jadu. To spostrzeżenie da się zastosować do celów leczniczych.

O zupełnej korrekcyi krótkowzroczności — jako konieczności wychowawczej. (Die Vollkorrektion der Kurzsichtigkeit im Kindesalter, eine erzieherische Notwendigkeit). W e i s s.

Na podstawie długoletniej praktyki radzi autor (na co zresztą dziś powszechnie się godzą wszyscy okuliści) już w dzieciństwie skłaniać dzieci krótkowzroczne do noszenia szkieł, albowiem brak wyrównania tej wady wzrokowej, upośledza nie tylko rozwój inteligencyi danego osobnika, ale nie korzystnie wpływa na kształtowanie się jego usposobienia i charakteru. Dzieci takie są lękliwe, nie samodzielne, stają się często »odludkami« i uciekają się do czytania lub (dziewczęta) do robót ręcznych, które to zajęcia jeszcze potęgują stopień ich krótkowzroczności. Należy zerwać z próżnością, tak apelnje autor do rodziców, którzy najczęściej z tego powodu nie chcą zezwolić na noszenie szkieł, w interesie dobra i prawidłowego rozwoju dziecka.

Dalsze spostrzeżenia nad dwoinkami spojówki, zwłaszcza nad przypadkiem prawdziwych meningokokków Weichselbauma. (Weitere Bemerkungen über Bindehaut-Diplococcen, speziell über einen Fall echter Weichselbaum'scher Meningococcen). B r o n s. (Zentralbl. f. Bakt. 1908. XLVIII. 2).

Na spojówce dają się spostrzegać trojakiego rodzaju dwoinki odbarwiające się sposobem G r a m m a: *Gonococcus, Micrococcus intracellularis meningitidis* i *Micrococcus catarrhalis.* O ile dotychczasowe spostrzeżenia dowiodły, najczęściej powoduje pierwszy zapalenia ropne, dwa inne należą do rzadszych mieszkańców spojówki. B r o n s opisuje przypadek zapalenia ropnego spojówki u źle odżywianego 11-tygodniowego dziecka, u którego po katarze kiszek przyszło do kserozy i keratomalacyi. Badanie bakteryologiczne wykazało z razu dwoinki zapalenia płuc, ale już od drugiego dnia począwszy, wśród objawów wybitnego pogorszenia, w ropie znaleźć można było meningokokki, których identyczność z kokkami Weichselbauma stwierdził B. na podstawie, morfologii, kultur, agglutynacyi i fermentacyi cukru (R i n g e l s h e i m).

Skąd dostały się meningokokki na spojówkę w tym przypadku, autor podać nie umie, albowiem ani dziecię to, ani nikt z otoczenia na zapalenie opon mózgowych nie chorował. Drugi

przypadek odnosi się do 3-letniego chłopca, który cierpiał na zapalenie gardła i spojówki. Zarówno w wydzielinie z gardła, jak i ze spojówki wyhodował B. b. liczne kolonie, które tworzył: *micrococcus catarrhalis.* Leczenie obu przypadków protargolem (w pierwszym nadto dobre odżywienie) dało wyniki dobre.

Na tej podstawie dochodzi B. do wniosku, że sam preparat z ropy spojówkowej nie wystarcza do pewnego rozpoznania etyologii cierpienia, konieczne jest też badanie na pożywkach. W każdym razie należy zastosować energiczne leczenie, tak, jakby się rozchodziło o zapalenie rzeżączkowe, albowiem jest ono skuteczne i w tych wypadkach, kiedy nie gonokokki, ale inne mikroby zapalenie spojówki powodują.

Rosenhauch.

III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Paryzkie Towarzystwo oftalmologiczne.

Posiedzenie z dnia 7-go lipca 1908 r.

Chaillous. *Trepanacya czaszki w przypadkach tarczy zastoinowej.*

Na zeszłorocznym zjeździe okulistów francuskich uznano niewątpliwą wartość leczniczą nakłucia lędźwiowego w przypadkach zapalenia nerwów wzrokowych pochodzenia mózgowego lub mózgo-rdzeniowego. W razie tarczy zastoinowej spowodowanej obecnością nowotworu wśródczaszkowego, punkcya lędźwiowa może jednak uchodzić tylko za środek paliatywny. Lepszy, a przynajmniej trwalszy skutek osiąga się przez trepanacyę czaszki. Prelegent przedstawia dwoje operowanych 13-to letnią dziewczynkę i 49-cio letniego mężczyznę. W obu przypadkach dwuczasowa trepanacya czaszki usunęła nietylko bóle głowy, wymioty i inne objawy wzmożonego ucisku wśródczaszkowego, ale i obrzęk tarczy nerwu wzrokowego. Bystrość wzroku po trepanacyi poprawiła się nieco u obojga operowanych, a stan ich nie zmienia się już przeszło od roku, z czego autor wnosi, że i wzrost przypuszczalnego nowotworu *(Tuberculoma?)* musiał widocznie zostać powstrzymany. Jako regułę postępowania leczniczego zaleca autor w pierwszej linii energiczne wcierania rtęciowe, bez względu na to czy anamneza wykazuje kiłę, lub nie. Równocześnie należy wykonać nakłucie lędźwiowe i zbadać

płyn mózgo-rdzeniowy pod względem bakteryologicznym i cytologicznym. Jeśli tarcz zastoinowa nie ustępuje nie należy zwlekać z trepanacyą.

Morax. *Nowotwór załamka półksiężycowatego.*

Badanie mikroskopowe guza wychodzącego z załamka półksiężycowatego, przedstawionego na posiedzeniu kwietniowem przez Pollaka wykazało, że niebyłto rak skórny (*dermoepithelioma*), za jaki guzek pierwotnie uważano, lecz tylko nacieczenie drobnokomórkowe, przypominające *lymphoma* i będące wytworem przewlekłej sprawy zapalnej.

Meissonier. *Papilloma corneae.*

Brodawczak rogówki jest nowotworem łagodnym. Wystarcza samo usunięcie guza, pamiętać jednak należy o wielkiej skłonności do nawrotów. W literaturze znane są przypadki Gayeta, Demicheri'ego, Parisotti'ego i prelegenta.

Morax. *Przyczynek do irydosklerektomii Lagrange'a.*

W pierwszym przypadku ostrej jaskry następowej irydosklerektomia nie zdołała usunąć napięcia i bólów tak, że trzeba było oko wyjąć. Badanie anatomiczne wykazało wyraźną przetokę twardówkową, a między jej brzegami wklinowaną obwodową część tęczówki. Prelegent z jednego przypadku nie chce wysnuwać wniosków ogólnych, ale sądzi, że tu tylko wypadnięcie tęczówki spowodowało powstanie blizny przesączającej, ale zarazem przyczyniło się do utrwalenia stanu jaskrowego.

J. Gałęzowski. *Retinitis proliferans.*

Autor opisuje dwa wypadki *retinitis proliferans*, różniące się zasadniczo od klasycznej postaci chorobowej określonej przez Manza, Jägera i Lebera. Ta postać klasyczna ma za punkt wyjścia zmiany w naczyniach, krwotoki i następową organizacyę krwawych skrzepów. Przypadki autora przedstawiają typ odmienny, jest to bowiem *retinitis proliferans* pochodzenia nie naczyniowego lecz łącznotkankowego. Tło w obu przypadkach było niewątpliwie syfilityczne. Leczenie swoiste, zwłaszcza w jednym ze spostrzeganych przypadków sprowadziło szybką poprawę.

Lagrange. *Skuteczność sklerektomii w przypadkach jaskry prostej.* Por. Post. okul. nr 8/9. str. 262.

(Według Ophtalmologische Klinik.).

K. W. Majewski.

IV. ROZMAITOŚCI.

Jak się dowiadujemy utworzyło się w Warszawie »Polskie Towarzystwo okulistyczne« *).

Stałe zebrania odbywać się mają w pierwszy czwartek po 15. każdego miesiąca w Warszawskim instytucie oftalmicznym.

Na posiedzeniu pierwszem wybrano prezesem Dr Br. Ziemińskiego, wiceprezesem Dr B. R. Gepnera, a sekretarzem Dr Endelmana.

Cieszymy się serdecznie z odczucia potrzeby pracy zespolonej, życzymy zaś, aby nowe to Towarzystwo warszawskie wykazywało jaknajwiększą żywotność, aby ożywiało ruch naukowy na polu okulistyki rodzimej, aby zasilało jaknajwięcej piśmiennictwo polskie, a mamy nadzieję, że będzie ono silnem ogniwem w założonem na X. zjeździe lekarzy i przyrodników polskich »Towarzystwie okulistów polskich«, mającem ogarnąć wszystkich okulistów polskich, dla którego naznaczymy termin pierwszego zjazdu, skoro tylko ankieta przez nas poruszona w poprzednim numerze, przez Kolegów, o ile możności przez wszystkich, uwzględnioną będzie.

Dotychczas, niestety, wpłynęło mało odpowiedzi, a te, które wpłynęły, przeważnie wskazują lipiec, jako najdogodniejszy termin.

V. SPRAWY OSOBOWE.

Dr A. de Lieto-Volaro z Neapolu habilitował się w Parmie.

Dr Burzyński we Lwowie otrzymał tytuł radcy cesarskiego.

VI. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Prof. Adrian Kriukow w Moskwie dn. 6-go października.

Radca Dworu Prof. Schnabel we Wiedniu dn. 6 grudnia.

(W następnym numerze podamy życiorys Prof. Schnabla pióra jednego z naszych współpracowników).

---

*) przez kolegów warszawskich założone.

VII. OMYŁKI DRUKARSKIE

				Wydrukowano:	*Ma być:*
Str	287	wiersz	11 z dołu	nastrój	roztrój
»	289	»	9 z dołu	których wnętrze.	które zawsze
»	290	»	8 z dołu	Wandta. . .	Wundta
»	291	»	6 z dołu	zastępczo . . .	zastępcze
»	291	»	9 z dołu	ważną . . , .	naośną